

## Tri-Valley Haven Food Pantry

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Direccion:** Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Genero:** Masculino Femenina  
No Binario Otro: \_\_\_\_\_

**Etnia/Raza:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Posición de empleo:** \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Cual es su ingreso **ANUAL**? \_\_\_\_\_

Cual es su ingreso **MENSUAL**? \_\_\_\_\_

Cuantos **NINOS** menores de 21 años tiene en su familia? \_\_\_\_\_

Cuantos en **TOTAL** son en su familia? \_\_\_\_\_

Numero **TOTAL** de personas en su hogar que recibe Medi-CAL \_\_\_\_\_

Es usted la cabeza de familia?      Si      No

La refirio SSA la Administración de Seguro Social?      Si      No

A.    Recibe SSI (Seguro Social)?      Si      No

B.    Esta desempleado/a?      Si      No

C.    Esta elejible para trabajar?      Si      No

D.    Recibe ayuda publica TANF/CalWORKS/welfare?      Si      No

E.    Tiene otro ingreso?      Si      No

**Dependientes: indique el nombre completo, la fecha de nacimiento y el sexo**


**LA INFORMACION PROPORCIONADA ES CORRECTA:** \_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Personal/Voluntario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**